



REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español

Primary Health Care Integrality in the Brazilian and Spanish Health Systems

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso Da Costa^{a,*}, Suely Itsuko Ciosak^b, Adela Gejo Bartolomé^c y Maria Teresa Icart Isern^c

^aUniversidade de São Paulo, Brasil

^bEscola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

^cEscola de Enfermagem de la UB, Barcelona, España

Disponible en Internet el 12 de junio de 2009

Desde las últimas 2 décadas, la integralidad se está utilizando como uno de los principios del sistema sociosanitario en Brasil y España, con el objetivo de proporcionar a la población acceso a los servicios y atender sus necesidades de salud.

La integralidad es un término polisémico, es decir, tiene varios sentidos, y uno de ellos consiste en realizar un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que atienden¹.

La integralidad debe ser fruto de una articulación de cada servicio de salud, sea de un centro de salud, un equipo de salud comunitaria, un ambulatorio de especialidades, un hospital o una red mucho más compleja compuesta por otros servicios sanitarios que, debidamente articulados, amplían el acceso y garantizan el cuidado a la población. Al acoger a la población, las unidades de servicio prestan servicios con calidad y resolutoriedad, y sus acciones son integrales cuando atienden las necesidades y las demandas de la población y garantizan la referencia y contrarreferencia en los niveles de atención a la salud².

En Brasil, a partir de la década de 1990, a través del Sistema Único de Salud (SUS) se crearon los programas en la Atención Primaria de la Salud (APS) con el objetivo de promover la salud integral a toda la población. En 1994 se

desarrolló el Programa Salud de la Familia (PSF) con el propósito de superar el modelo vigente de atención de la salud, responsable de la eficiencia del sector; satisfacción de la población, acreditación profesional y equidad^{3,4}.

Brasil envejece de forma rápida e intensa. En el censo de 2000 (IBGE, 2002) contaba con más de 14,5 millones de ancianos, en su mayor parte con bajo nivel socioeconómico y educacional y con una alta prevalencia de enfermedades crónicas causantes de limitaciones funcionales y de discapacidades. Cada año, 650 mil nuevos ancianos se incorporan a la población brasileña. Esta transición demográfica repercute en el área de la salud, y se asocia a la necesidad de reorganizar los modelos asistenciales^{5,6}.

Este artículo tiene como objetivo analizar la salud integral de las personas mayores en la APS, en Brasil y España.

Los sistemas de salud en la atención primaria de la salud en Brasil y España

El sistema de salud en Brasil ha experimentado constantes modificaciones desde el siglo pasado, que han acompañado las transformaciones económicas, socioculturales y políticas de la sociedad brasileña. La Reforma Sanitaria de 1970 fue una propuesta amplia de cambio social, a la vez que un proceso de transformación de la situación sanitaria. Representó, por un lado, la respuesta contra las condiciones precarias de salud, la desatención acumulada, la mercantilización del sector y, por otro lado, la posibilidad de hacerlo viable técnicamente y, desde una perspectiva política, hacer frente al problema¹.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mafebaeta@uol.com.br
(M.F. Baeta Neves Alonso Da Costa).

La Constitución Brasileña de 1988 incorporó cambios en el papel del Estado que alteraron profundamente la estructura juridico-institucional del sistema público de salud y crearon nuevas relaciones entre las diferentes esferas del gobierno, nuevos papeles entre los actores del sector que, finalmente, dieron origen al SUS, con sus principios y directrices³.

El Sistema Nacional de Salud Español (SNS) también viene experimentando varios cambios en el sector de la salud desde el siglo XIX. A partir de la segunda república (1936–1939) e inicio del siglo XX se creó un sistema público para atender los problemas de salud de la población sin recursos económicos. El Estado asumió los problemas de la salud pública, como el tratamiento de epidemias y el control de las enfermedades infecciosas⁷.

La Constitución Española de 1978 consagró los derechos fundamentales de los ciudadanos, el derecho a la salud y a la participación en la vida social y política. En las décadas de 1980 y 1990 se producen los hechos con mayor impronta en el sistema sanitario: el crecimiento y consolidación del sistema sanitario público, cambios demográficos (como la caída de la tasa de natalidad y el progresivo envejecimiento de la población) y la aprobación de la Ley de Sanidad (1986)^{7,8}.

Las directrices de la política de salud de Brasil y de España están pautadas por la planificación de los servicios a partir de las necesidades de las personas y poblaciones; la gestión del sistema se rige por los criterios de equidad, eficacia, efectividad y eficiencia. Los servicios están orientados hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; la ejecución de los servicios de salud es responsabilidad de los equipos interdisciplinarios, coordinados intersectorialmente y orientados a la atención sanitaria desde la APS⁹.

La APS tiene como propósito ser un sistema global e integral, donde el análisis de las causas de la enfermedad y de la salud debe ser el condicionante para la orientación de los servicios y las prestaciones sanitarias desde una atención interdisciplinaria, mediante la integración de los diferentes sectores sociales y las redes comunitarias.

Se trata de una configuración transversal donde los profesionales de salud debe trabajar coordinadamente y en cooperación con el sistema social para la comprensión de las interdependencias socioculturales y económicas que actúan como condicionantes de la salud y de la enfermedad de las personas y de los grupos de la comunidad⁷.

La atención integral a las personas mayores

En el estudio realizado en Brasil para evaluar la implantación del PSF se observó que el programa se implementó de manera adecuada y amplió el acceso de la población que no posee una mutua; hay mayor integralidad en la atención, pero todavía hay problemas en el acceso (relación entre equipo y número de familias)¹⁰. Se sugiere que tales propuestas de reorientación de los modelos asistenciales tienden a la racionalización, la legitimación política y la democratización de los servicios. La inadecuación del dimensionamiento entre equipos de salud y población se vuelve un impedimento para atender las necesidades sanitarias, hecho que compromete los avances de la integralidad¹⁰.

Los administradores de los servicios de salud entienden la integralidad como un conjunto amplio de acciones, un acompañamiento diferenciado y ampliado de los individuos,

no sólo en las consultas. El PSF está estimulando a las personas para que vayan más a las unidades de servicio¹⁰.

Actualmente, el sistema sociosanitario español está poniendo un gran énfasis en la atención y el cuidado de los ancianos dependientes. Esta realidad implica una atención de tipo curativo que no se corresponde con los principios de la filosofía de la reforma de la APS, que sostiene que las funciones más desarrolladas y el centro de las actividades deben ser la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades¹¹.

Por otro lado, una vez instaurado el Programa de Prevención de la Dependencia de personas mayores¹¹, ya poco se puede hacer para mejorarla. En consecuencia, cabría preguntarse si no sería más provechoso centrar los esfuerzos de la atención y los cuidados en mantener y potenciar la independencia de las personas. La dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o mental necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores¹².

El Consejo de Ministros del Gobierno de España ha aprobado el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas dependientes. El Parlamento va a aprobar un derecho universal, para ayudar a las personas dependientes y para promocionar la autonomía de los cuidadores. Se configura así el cuarto pilar del estado del bienestar, junto con la atención sanitaria, la educación y las pensiones. Se va a crear el Sistema Nacional de Dependencia. En España se calcula que más de un millón de personas tienen alguna dependencia grave e intensa y, de ellas, el 80% tiene más de 65 años. Esto quiere decir que necesitan al menos una persona para realizar las más elementales (e imprescindibles) actividades de la vida diaria: los autocuidados¹².

Según el Libro Blanco de la Dependencia, el 83% de los cuidadores son mujeres, con una edad en torno a los 50 años, con vinculación familiar (madres, hijas, esposas, etc.), que no perciben remuneración alguna (cuidadoras informales) y lo que les ha impedido, entre otras cosas, acceder al mercado laboral, y por tanto, su importante labor no cotiza en el sistema de seguridad social. La incorporación de mujeres inmigrantes es cada vez mayor^{13,14}.

La falta de coordinación entre los distintos recursos sanitarios y sociales dirigidos a las personas mayores es uno de los elementos que más contribuyen a la dependencia de los ancianos, pues esta fragmentación de las necesidades sociosanitarias convierte al anciano en dependiente de la oferta de servicios y cuidados. Por otra parte, esta falta de atención global a los ancianos y de coordinación entre los servicios sociosanitarios provoca que muchos ancianos pasen de unos recursos a otros sin que ninguno de ellos llegue a ser realmente efectivo para hacer frente a sus necesidades¹¹.

El sistema sociosanitario y los profesionales de la salud queremos contribuir a la independencia y al envejecimiento activo de las personas mayores, y para ello es imprescindible promocionar la salud para mejorarla en todo lo posible. Debemos organizar la atención teniendo en cuenta que los recursos deben estar estructurados de manera que respondan de forma flexible a las necesidades de las personas mayores dependientes y sus familias, es decir, que sean sus

necesidades las que determinen el tipo de servicios y apoyos que reciban, y no al contrario, como sucede muchas veces en que parece haber un conjunto de servicios a la búsqueda de problemas a los que hay que responder¹¹.

Paralelamente, deberían potenciarse las ayudas económicas dirigidas a la mejora, la adaptación y la accesibilidad de las viviendas y las ayudas técnicas, como camas articuladas, sillas, etc., sin olvidar todos los recursos que pueden servir de apoyo a la familia en la tarea de cuidar a los dependientes¹¹.

Conclusiones

Los ancianos necesitan de más agilidad de atención por el sistema sociosanitario porque el mismo proceso de envejecimiento, muchas veces, les dificulta buscar los servicios de salud, movilizarse y cumplir los diferentes trámites burocráticos para poder recibir atención. Para los ancianos, sobre todo los más abandonados, cualquier dificultad se transforma en argumento para interrumpir la continuidad de la asistencia a su salud.

Los administradores profesionales de la salud deben centrar sus esfuerzos en los cuidados a los independientes sin abandonar a los dependientes, y fomentar la adopción de un modelo de cuidados basado en el desarrollo de actividades preventivas y garantizar la autonomía del anciano, la atención integral, la participación y la continuidad asistencial.

Puntos clave

- La integralidad es un término polisémico, es decir, tiene varios sentidos. La integralidad de la atención debe pensarse en red, como objeto de reflexión de nuevas prácticas del equipo de salud y su gerencia.
- La integralidad se entiende como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos, curativos, individuales y colectivos, en los diferentes grados de complejidad del sistema.

Bibliografía

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. En: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, UERJ, IMS; 2001. p. 39–64.
2. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. En: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, UERJ, IMS; 2001. p. 65–112.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
4. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Mimeo, 1999.
5. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE/ Diretoria de Pesquisas, 2002. Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
6. BRASIL. Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006. p. 4.
7. Moreno AS, Ramon VA, Bes CG, Alvear LM, Tormo AM, García AS. Actualizaciones en enfermería comunitaria: sistemas y programas de salud. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 37–8; 48–62.
8. Ley General de Sanidad (LGS). Ley 14 de 25 de abril, 1986.
9. Osuma AF. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 03–12.
10. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994–2000. Cad. Saúde Pública. 2002;18:191–202.
11. Programa de Prevención a la Dependencia de las personas mayores [citado 6 Feb 2009]. Disponible en: URL: http://obrasocial.lacaixa.es/personasmayores/informatica_es.html.
12. Escuredo RB. ¿Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia? Rev ROL Enf. 2008;31:595–8.
13. Salazar Agulló M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2006, 52–3.
14. Libro blanco de atención a la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid: IMSERSO; 2005.